Rapport från Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgery, ORBS, Nottingham 141010—11. Karolin Isaksson och Kristina Åhsberg, Bröst- och Melanomteamet, SUS, Lund

 I år var mötet helt och hållet av teknisk karaktär och hölls i Eastwood Hall utanför Nottingham. Vi flög till Birmingham och tog sen tåg till Nottingham och bodde på Park Plaza Hotell i centrum eftersom vi inte kunde flyga hem förrän sent på söndagen.

Fakultet: Douglas Macmillan specialist i bröst- och onkoplastikkirurgi, Nottingham, Stephen McCulley specialist i plastikkirurgi och rekonstruktiv kirurgi, Nottingham, Gerald Gui specialist i bröstkirurgi, Royal Marsden, Susanna Kauhanen specialist i plastikkirurgi, Helsinki, Moustapha Hamdi specialist i plastikkirurgi, Bryssel, Andrew Salzberg specialist i plastikkirurgi, New York och Michael Scheflan specialist i plastikkirurgi och rekonstruktiv kirurgi, Tel-Aviv. (Krishna Clough från Paris hade lämnat återbud med kort varsel).

Första sessionen handlade om reduktionsplastiker och förärades Madame Lejour som avled för ca 2 veckor sen och som har varit en av förgrundsgestalterna i utvecklingen av reduktionsplastiktekniken. Dr Hamdi talade om den vertikala reduktionsplastiken som basen för den moderna bröstreduktionen. Den vertikala reduktionsplastiken ger ofta en bättre projektion och ett mindre ärr, vilket kan vara till fördel för speciellt mörkhyade patienter som ofta har större risk för hypertrofiska ärr. Vid icke onkologisk reduktionsplastik rekommenderades att inte blotta pektoralismuskeln för att minska risken för blödning och serom. Dr McCulley talade sedan om Wise plastiken, mer känd som den "vanliga" inverted-T ritningen som passar bättre vid resektioner större är 500 g. Han tyckte också att det var lättare att prediktera resultatet, vilket underlättar vid symmetrisering efter kontralateral rekonstruktion efter mastektomi. Med den vertikala plastiken kan man inte justera basen på bröstet, vilket går att göra med Wise plastiken. McCulley förespråkade också at man kurverar den caudala delen av de laterala lambåerna för att få samma totala längd på dessa båda som baslinjen i submammarfåran. Om inte detta görs riskerar man en fyrkantig bas på bröstet. Steven McCulley i Nottingham gör ca 75 % inverted T, 20 % vertikala och 5 % med inferior lambå.

Andra sessionen handlade om terapeutiska plastiker, dvs onkoplastikkirurgisk bröstbevarande kirurgi. S McCulley pratade om tekniker i det väldigt stora ptotiska bröstet som verkar vara lite mer förekommande i den brittiska befolkningen än bland våra svenska patienter. Även vid små tumörer i den övre delen av bröstet är onkoplastikreduktion av värde för att underlätta strålbehandlingen. Man pratade om två olika scenarior. I scenario A som gäller tumörer i den nedre delen av bröstet, använder man helt vanlig reduktionsplastikteknik med kranial eller kraniomedial lambå. I scenario B är tumören belägen i den övre halvan av bröstet där man utöver lambån till areolamamill, skapar ytterligare en lambå som man svänger in för att täcka defekten. Ett alternativ är att förlänga areolamamillambån och svänga in änden av lambån på plats. Dock säkrare med två korta lambåer än en lång. Lambån bör sitta fast i muskeln alternativt i huden (denuderad) för säker cirkulation. Vad gäller tjockleken på lambån kan man tänka på Eiffeltornet som man delar från topp till botten - med bredare tjockare bas (min tjocklek ca 3,5 cm), och tunnare (min 0,5-1 cm) smalare ände.

Ett alternativ till de mer komplicerade scenario B reduktionerna speciellt med tumörlokalisation i den mellersta delen (medialt, centralt och lateralt) av bröstet är "the melon slice" tekniken med eller utan besparande av areola/mamill. Viktigt att gå från sternum till bröstets laterala begränsning för att undvika fyrkantigt bröst.

Mycket synd att Dr Clough inte kunde närvara eftersom hans onkoplastiker (OPS II) enligt hans Quadrant per Quadrant Atlas med Raquetplastiker, V-plastiker och J-plastiker mfl, är enklare att utföra och det hade varit trevligt att höra McCulley/McMillan debattera mot Clough om för - och nackdelar.

I Lund använder vi sen nov 2011 dr Cloughs metoder systematiskt med gott resultat och få komplikationer. Indikationen är stor tumörstorlek eller tumörlokalisation i de centrala eller caudala delarna av bröstet. Teknikerna ger möjlighet till bröstbevarande kirurgi vid resektioner upp till 50 % av volymen med gott kosmetiskt resultat. Se gärna ”Improving breast cancer surgery: A classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Krishna B. Clough et. al.* Ann Surg Oncol (2010) 17:1375-91.

En del av sessionen handlade om "no man's land" dvs övre och nedre mediala kvadranterna. Ett bra tips gällde tumör i nedre mediala delen av bröstet där man kan skapa en halvmåneformad lambå av vävnaden precis nedom submammarfåran. Perforanten identifieras, vävnaden löses i övrigt från muskelfascia, denuderas och viks in på plats för defekten. Lambån behöver företrädesvis sys fast i omgivande bröstvävnad.

Efter lunch började man tala om stjälkade fettlambåer från laterala bröstkorgsväggen för att fylla ut defekter i bröstet. Den enklaste var LICAP - lateral intercostal artery perforator flap. Med doppler identifierades perforanterna precis lateralt om submammarfåran i främre axillarlinjen och en denuderad subcutan fettlambå restes och kunde lätt svängas in på plats för att täcka defekter lateralt i bröstet. Vid hudengagerande tumör kunde huden bevaras över lambån.

Två liknande laterala lambåer nämndes också; LTAP - lateral thoracic artery perforator flap och TDAP - thoracodorsal artery perforator flap. Den senare betraktades som en "modern " LD (latissimus dorsi) flap med fördelen att spara muskeln och därmed också minska risken för kronisk smärta. Viktigt att påpeka är perforanternas känslighet. Särskilt viktigt vid samtidig axillkirurgi så man inte skadar kärlen mer proximalt. McCulley tipsade om att spara lite icke-denuderad hud på lambån, för att säkerställa god cirkulation fram till dess att lambån är helt färdig att svänga på plats. De två senare lambåerna ger längre kärlstjälk och större lambå och därmed möjlighet att använda även i mediala delar av bröstet och i mindre bröst även fylla ut riktigt stora defekter. Detta kan vara alternativ till mastektomi. Dessa lambåer är dock mer komplicerade.

Eftermiddagens andra session handlade om korrektion efter sektorresektion. Dr Kauhanen visade fina resultat med fettransplantation vilket är en ökande trend för både volymsutfyllnad och vid fula smärtande ärr. Tom rekonstruktion efter mastektomi är möjlig med fettransplantation. Vid ärrkorrektion görs ofta samtidig rigottomi, vilket innebär att man med grov kanyl "sprättar loss" den fibrösa vävnaden från underliggande muskulatur. Innan skörd av fettet sprutar man in koksalt och adrenalin i fettet. Även under själva fettsugningen sprutar man in rikligt med koksalt, vilket underlättar fettsugningen och gör att både mängden fett som man får ut ökar och att kvaliteten är bättre. Bra tagställen är nedre bukvägg och utsidan av låren. Ofta behövs flera behandlingar och därför är det bra att använda ett tagställe i taget. Skörd från samma ställe flera gånger är svårt pga fibros/ärrbildning. Om det kan bli fråga om autologt transplantat senare (DIEP) så är det viktigt att inte använda nedre bukväggen som tagställe. Vid varje behandling transplanteras ca 150-200 ml fett. Viktigt att inte överfylla, principen ”less is more” gäller. Vävnaden skall vara mjuk och mobil efter behandlingen. Viktigt att informera patienten om extensiva subcutana hematom postoperativt. Ofta bildas oljecystor i bröstet vilket radiologiskt oftast är lätt att skilja från annan patologi. De kan vid behov punkteras och tömmas. Vid ytligt belägna cystor kan de ge upphov till palpabla små knutor som undantagsvis kan behöva excideras.

Den onkologiska säkerheten vid fettransplantation efter bröstcancer är inte helt klarlagd och tyvärr saknas det studier på området. Två studier nämndes dock; Petit et al 2013 som fann en ökad lokalrecidivfrekvens på 18 % hos kvinnor < 50 år med höggradig DCIS som genomgått fettransplantation och en multicenterstudie från Milano, Paris och Lyon där man såg en lokalrecidivfrekvens på 2,07 % hos 143 patienter vid BCT + fettransplantation jämfört med 0,4 % hos 2784 patienter med BCT utan fettransplantation. Eftersom det var ett helt tekniskt möte så diskuterades denna fråga inte så ingående.

Under andra dagen diskuterades cancer i tidigare augmenterade bröst. Dr Gui pratade om bröstbevarande kirurgi och svårigheten att behålla en god kosmetik pga efterföljande strålbehandling. I endast 10-15 % av fallen med bröstbevarande kirurgi och efterföljande strålbehandling kan man förvänta sig ett mycket gott kosmetiskt resultat. Adekvat täckning av implantatet är essentiell. Bäst resultat kan förväntas vid tumörläge i övre yttre kvadranten. Han betonade även vikten av hudens kvalitet. Han lät patienterna utöver sedvanlig preop utredning även genomgå MR om patienten ville behålla implantatet. Detta för att se tumörens läge i förhållande till protesen/kapseln. Vid kapselnära tumörläge exciderades även en bit av kapseln. Kapseln behöver i sig inte förslutas. Ibland kan man behöva fylla defekten i bröstet och täcka implantatet med en lambå. Vid tumör i nedre polen kan man exempelvis vika upp en rektus abdominis lambå. Dr Scheflan visade också exempel på en enkel lambå av hud och subcutis som skapades nedom submammarfåran och svängdes upp över bröstet. Dr Scheflan var också noga med att påpeka att alltid använda den enklaste metoden först för att kunna spara mer komplicerade lösningar vid behov av revision. Keep it simple!

Nästa session handlade om 1-stegs förfarande vid implantatrekonstruktion. Viktigt att mastektomin utförs på ett optimalt sätt, dvs med adekvat tjocklek på hudlambåerna och utan traumatisering av hudkanterna. Vid för kraftig tension med hållhakar riskeras cirkulationen av de yttersta hudkanterna med efterföljande risk för kantnekros. Några av de deltagande kirurgerna valde därför att trimma sårkanterna innan förslutning. Maskinell utrustning baserat på dopplerteknik för att mäta perfusionen demonstrerades och rekommenderades av några i panelen.

Numera utförs väldigt stor andel av rekonstruktionerna efter mastektomi direkt. Sekundärrekonstruktion anses ålderdomligt. Även 2-stegsförfarande ansågs av panelen som ett mindre bra koncept. Det som rekommenderades av samtliga i fakulteten var direktrekonstruktion med permanent protes och ADM (acellular dermal matrix). Användande av ADM ansågs bidra till mindre risk för kapselkontraktur, speciellt efter strålbehandling. Orsaken till detta tros dels bero på dess anti-inflammatoriska egenskaper och dels på att man inte har total muskeltäckning av implantatet.

Mamillsparande mastektomi anses indicerat vid tumörläge > 2 cm från mamillen. Incision via submammarfåran (IMF) demonstrerades av dr Macmillan. Först identifierade han ett skikt mellan subcutis och bröstvävnaden ("Scarpas fascia") genom att spruta in koksalt med lokalbedövningsmedel. Sen dissikerade han blint medhjälp av sax i detta plan. Hela bröstet löstes från den subcutana vävnaden till dess att bara mjölkgångarna under mamillen kvarstod. Slutligen klippte han skarpt av dessa mjölkgångar. Ytterligare trimning av den retromamillära vävnaden gjordes sedan under ögats kontroll med everterad mamill när preparatet var ute. Han märkte ut platsen för mamillen på preparatet med sutur. Han gjorde inget fryssnitt på vävnaden retromaillärt, men det gjorde ett par av de övriga i panelen. Vid MDT konferensen postop hittade man i upp till 15 % av fallen tumörvävnad retromamillärt vilket gjorde att patienten reopererades med mamillexcision. Lösningen från muskeln gjordes under ögats kontroll med diatermi. Det svåraste området att lösa, dvs den övre yttre kvadranten är tidskrävande och förutsätter god assistans. Vid samtidig axillkirurgi kan man med fördel lösa denna del av bröstet via axillincisionen.

Vid stora bröst är IMF mastektomi inte lämplig. Då lämpar sig istället någon av följande tekniker. Dr Gui demonstrerade Wise tekniken, vilken möjliggör att man kan använda den kaudala huden (denuderad) istället för ADM vid rekonstruktionen. Dr Scheflan visade en transvertikal approach.

Ett par av kirurgerna i panelen anpassade storleken på ADM exakt så att det blev stramt över implantatet, exciderade överflödigt material och sydde fast det mot muskeln caudalt. Dr Macmillan förespråkade dock en för oss mer tilltalande metod där han använde en större bit ADM och vek den runt implantatets nedre pol som en hängmatta. Detta medför en bättre ptos, ett mobilt rekonstruerat bröst och därmed ett mycket naturligt resultat.

Sammanfattningsvis var det ett mycket givande och informativt möte med deltagare från hela världen. ORBS återkommer varje år och hålls varannan gång som ett tekniskt möte och varannan gång som ett mer vetenskapligt sådant. Nästa möte hålls den 21-23 september 2015. (www.orbsmeetings.com)